

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2020-2021



EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN UN CASO DE TDAH, TIPO COMBINADO

Autor/a: Bárbara Antón Haddu
Tutor/a: Olga Pellicer Porcar

Convocatoria: Junio 2021

Resumen:

Se presenta el caso de un niño de 9 años, diagnosticado por la Unidad Salud Mental Infantil de Torre Vieja, de TDAH, tipo combinado. Acuden a consulta por malas conductas y problemas en el colegio por parte del niño. El objetivo principal del presente estudio fue tratar la sintomatología de tipo emocional y conductual que presentaba el niño. Para ello en primer lugar se realizó una evaluación de la esfera emocional y conductual con el fin de detectar los principales problemas. Posteriormente se elaboró y aplicó un programa de intervención, actuando en los ámbitos, escolar, familiar y personal. Para el tratamiento se empleó psicoeducación y terapia cognitivo conductual utilizando técnicas como; entrenamiento en autoinstrucciones, economía de fichas, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, y relajación de Koeppen. Se dedicaron 5 sesiones a la evaluación diagnóstica y 19 sesiones al tratamiento. Las sesiones en los 3 primeros meses tuvieron una periodicidad de dos sesiones por semana y luego una periodicidad semanal.

Tras las sesiones de terapia el paciente mejoró significativamente en los problemas emocionales y regulación emocional, autoestima, conductas desafiantes, control de la ira y muy poco en la disposición al estudio y rigidez.

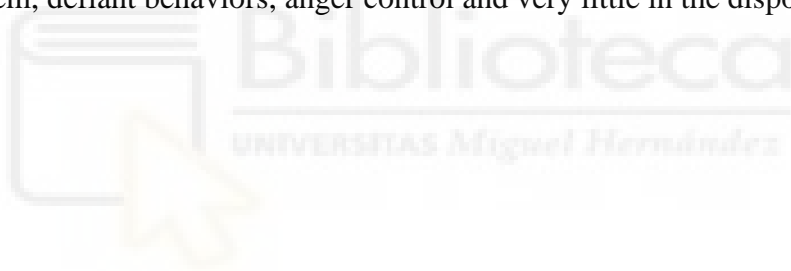
Palabras clave: TDAH, autoinstrucciones, psicoeducación, intervención cognitivo-conductual.

Abstract:

We present the case of a 9-year-old boy, diagnosed by the Child Mental Health Unit of Torrevieja, with ADHD, combined type. The child came for consultation due to bad behaviors and problems at school. The main objective of this study was to treat the emotional and behavioral symptoms presented by the child. First, an evaluation of the emotional and behavioral sphere was carried out in order to detect the main problems. Subsequently, an intervention program was elaborated and applied to the academic, family and personal spheres.

Psychoeducation and cognitive behavioral therapy were used for the treatment, using techniques such as: self-instruction training, token economy, problem solving, social skills training, and Koeppen relaxation. Five sessions were dedicated to diagnostic evaluation and 19 sessions to treatment. The sessions in the first 3 months had a periodicity of two sessions per week and then a weekly periodicity.

After the therapy sessions the patient improved significantly in emotional problems and emotional regulation, self-esteem, defiant behaviors, anger control and very little in the disposition to study and rigidity.



Palabras clave: TDAH, self-instruction, psychoeducation, cognitive-behavioral.

1. Introducción.

El Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad, es un trastorno del neurodesarrollo, que presenta síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad interfiriendo en la vida del menor, tanto en el área social, área personal, área laboral/educativa como en su desarrollo. (APA, 2013).

El DSM-V, diferencia entre distintos tipos clínicos según las características que presente el sujeto;

- *La presentación de inatención*, se manifiesta con dificultad para mantener la atención, no prestar atención a los detalles o cometer errores por descuido, parecer no escuchar, mostrar dificultades para seguir las instrucciones, presentar dificultades con la organización, evitar o desagradarle las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, perder las cosas a menudo, distraerse con facilidad y olvidarse de las tareas de la rutina diaria.

- *La presentación hiperactivo/impulsiva* implica presentar síntomas, como por ejemplo: mostrar dificultades para estar sentado, mover constantemente las manos o los pies sin poder estar quieto, moverse de manera excesiva, mostrar dificultades para realizar actividades tranquilamente, actuar como si estuviera motorizado, hablar en exceso, responder antes de que se haya acabado de formular una pregunta, mostrar dificultad para esperar o tomar el turno e interrumpir a los otros.

- *La presentación combinada* (inatención más hiperactividad-impulsividad) implica presentar algunos de los síntomas de ambas presentaciones clínicas, 6 o más de inatención y 6 o más de hiperactividad-impulsividad.

En Europa, el TDAH, afecta a uno de cada 20 niños o adolescentes en edad escolar (Pollanczyk, G. et al. 2007). Un metaanálisis realizado en España estima la prevalencia global en niños y adolescentes en un 6,8% (Catala-Lopez et al., 2012). Cardo, Servera y Llovera (2007) aluden que la prevalencia cambia, de acuerdo con los instrumentos que se usen, los criterios clínicos aplicados, y la población que

se estudie. En cuanto a la diferencia entre sexos se calcula una ratio de 3:1 a favor de los niños, con una mayor diferencia en el subtipo hiperactivo (Willcutt, 2012).

El TDAH es uno de los trastornos con más altos índices de comorbilidad con otras patologías, en niños es común que se presente con los trastornos negativista desafiante, disocial, ansiedad, así como los trastornos del estado de ánimo, del aprendizaje y los del lenguaje (Spencer, Biederman, y Mick, 2007). Este trastorno presenta una etiología heterogénea, es decir, que se puede presentar de formas distintas en los niños; a lo largo de las diferentes etapas; preescolar, adolescencia y adultez, conllevando a dificultades en el ámbito escolar, familiar y social.

Barkley (2006) habla sobre la frecuencia del TDAH en varios miembros de una familia, pudiendo tener un componente hereditario. Posner, Polanczyk, y Sonuga-Barke, (2020) estiman un 70-80% de implicación genética.

Smitha, Dennis, Varghese, y Vinayan (2014) hacen alusión a disfunciones en diferentes áreas cerebrales relacionadas con la atención y funcionamiento ejecutivo. Por otra parte, diferentes estudios comentan el papel que tienen los neurotransmisores como la dopamina y norpinefrina en el TDAH, proponiendo que los niños con esta enfermedad presentan hipoactivación de regiones corticales, incluyendo áreas del cíngulo anterior, relacionado con deficiencias cognoscitivas, y sobreactivación de regiones subcorticales, sobre todo el núcleo caudado que se relaciona con excesiva actividad motora. (Castellanos, 1997; Teicher et al., 2000). A nivel estructural, las investigaciones señalan que existe un retraso en la maduración del grosor cortical, siendo especialmente significativo en el córtex prefrontal lateral (Shaw et al., 2007). También hay estudios que destacan la importancia de factores relacionados con la gestación y nacimiento, como la prematuridad, el bajo peso al nacer, el consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo, así como la encefalopatía hipóxico-isquémica (Braun, Froehlich, Kahn, Auinger, y Lanphear, 2006).

A nivel neuropsicológico, las investigaciones constatan que los niños con TDAH presentan un déficit en las funciones ejecutivas (Barkley, 2011), flexibilidad cognitiva (Vélez-van-Meerbeke et al., 2013), la planificación y organización (Semrud-Clikeman, Walkowiak, Wilkinson, y Butcher, 2010).

En cuanto al tratamiento para el TDAH, suele ser una combinación farmacológica y terapia cognitivo-conductual (Catalá-López et al., 2017), si bien el uso farmacológico usado como único tratamiento sobre los síntomas nucleares del TDAH es incuestionable (Fernández-Jáen et al., 2016), en las últimas décadas se ha constatado la eficacia de los tratamientos combinados para mejorar el funcionamiento familiar de los niños hiperactivos, sus síntomas centrales y algunos trastornos asociados, como la conducta disruptiva (Jans et al., 2008). La intervención neuropsicológica, permite un abordaje integral y sistémico del mismo, a la vez que se trabaja la promoción de las áreas afectadas (Pérez, Molina y Gómez, 2016).

El modelo de autorregulación de Barkley (2008) analiza las interrelaciones entre la inhibición conductual, las funciones ejecutivas (FFEE) y la autorregulación (Servera, 2005). Este modelo se centra como característica principal, en la impulsividad (pobre inhibición conductual) y enfatiza que la pobre inhibición conductual, la dificultad para inhibir, retrasar o detener una respuesta conductual inmediata a un determinado estímulo, es la característica distintiva del trastorno.

Estudios como el realizado por el grupo MTA (Multimodal Treatment Study of ADHD), donde se determinó un tratamiento combinado entre medicación y terapia conductual (entrenamiento a padres, entrenamiento conductual al niño e intervenciones en el aula de clase) reportó mayores beneficios, no solo en el control de los síntomas nucleares del trastorno sino en el control de alteraciones asociadas (The MTA Cooperative Group, 1999). El programa Child Life and Attention Skills (CLAS) involucra conjuntamente a padres, profesores y niños, mostrando que, integrando en el entrenamiento en habilidades del niño a los padres y profesor, se consiguen mejoras en atención informada por el

docente, habilidades de organización, habilidades sociales y funcionamiento global. (Pfiffner et al., 2014).

Entre las intervenciones y técnicas elegidas siguiendo modelos como los anteriormente citados y dado que la intervención debe realizarse con los niños, la familia y la escuela (Abad-Mas, Ruíz-Andrés, Moreno-Madrid, Herrero, Suay, 2013), destacan la psicoeducación (Nagae et al., 2019), el entrenamiento en autoinstrucciones (Gholipourkovich et al., 2019), técnicas operantes con los padres (economía de fichas) y técnicas cognitivo-conductuales con el niño, resolución de problemas (Pelham y Fabiano, 2008), entrenamiento en habilidades sociales, ya que mejora el funcionamiento social de los niños con conductas antisociales y los niveles de asertividad (Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2001), y la relajación de Koeppen (1993), Así mismo, autores como Serrano-Troncoso y otros (2013), señala que estas técnicas (autoinstrucciones, resolución de problemas, inhibición de respuesta y/o autocontrol) se muestran eficientes a la hora de desarrollar formas de pensar y comportarse de manera más planificadas y reflexivas, reconociendo y sustituyendo cogniciones desadaptativas hacia otras más adecuadas.

La psicoeducación se basa en enseñar al menor y su familia en qué consiste el trastorno, qué características tiene y qué se puede hacer para mejorarlo.

La economía de fichas resulta útil para que se produzca la adquisición de conductas adecuadas y la eliminación de conductas inadecuadas (Loro-López et al., 2009).

La relajación consiste, en enseñar a los sujetos a relajarse mediante ejercicios a través de los cuales van tensando y relajando de forma alternativa grupos musculares; el objetivo es que la persona aprenda a identificar las señales de tensión en su organismo y posteriormente a reducirlas (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008).

La Resolución de problemas, es una técnica indicada para proporcionar herramientas necesarias para la toma de decisiones ante diferentes problemas de la vida cotidiana. (D'Zurilla y Nezu 1999)

El uso de instrucciones autoverbalizadas y visuales permiten afrontar situaciones o tareas, reduciendo la impulsividad, existen estudios que demuestran los beneficios del entrenamiento en autoinstrucciones sobre la impulsividad (Ramalho, García-Señorán, y González, 2011)

El aprendizaje de habilidades sociales y asertividad, tiene que ver con instruir a la persona en habilidades para que pueda desenvolverse de forma eficaz en la sociedad y expresar sus derechos, ideas y necesidades de forma clara, honesta y sincera sin herir a los demás.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el principal objetivo del presente estudio fue tratar la sintomatología de tipo emocional y conductual que presentaba el niño.

Como objetivos específicos del caso se plantea;

- Disminuir las conductas disruptivas.
- Mejorar los problemas emocionales que presenta el niño.
- Proporcionar herramientas que le permitan aumentar la probabilidad de resolver situaciones problemáticas y una buena comunicación con familiares, profesores e iguales.
- Instruir al niño en técnicas para mejorar los procesos de planificación para comenzar y finalizar actividades, además de gestionar conductas de manera planificada.
- Establecer una coordinación conjunta con el colegio y la familia.

A continuación, se expone la descripción del caso, la metodología empleada para su evaluación, el procedimiento de la terapia, los resultados pre y post intervención y la discusión de los mismos.

Descripción del caso

Identificación del paciente

Niño de 9 años de edad, procedente de una familia de nivel socio-económico medio-alto. Padres separados. El niño y su hermano viven con la madre y la pareja de ésta desde hace 5 años. Estudiante de 4º de Primaria en un colegio público de Torre Vieja. Desarrollo evolutivo normal. Es el hijo mayor de 2.

Sus aficiones son los videojuegos y los playmobil. La relación con el padre biológico es buena, pasa algunos fines de semana con él y varias semanas en vacaciones de verano, en navidad. La relación con el resto de la familia; abuelos, primos y tíos buena.

Historia del problema

La madre refiere que, desde pequeño, 3 años, es un niño inquieto, “nunca estaba más de 3 minutos sentado”, pero desde hace un año que no hace caso, le llaman muchas veces del colegio porque le ha pegado a otro niño o se ha enfadado tanto que ha insultado en el colegio. Académicamente suspende bastantes asignaturas ya que se le olvidan los exámenes, trabajos o deberes. Algunos niños no quieren jugar con él por si les pega. Tuvo problemas para aprender a leer, le cuesta aprenderse las tablas y las horas.

En casa casi siempre está castigado ya que se le tiene que repetir muchas veces las cosas, no quiere hacer deberes, cuando se enfada insulta y alguna vez ha amenazado pero nunca habido agresión física. Es bastante inflexible en los pensamientos y suele perder cosas muy a menudo. Siempre interrumpe las conversaciones, no deja hablar “cuando tiene un pensamiento tiene que decirlo, aunque nos interrumpa”. No quieren llevarlo a sitios donde haya más personas ya que refieren que “no sabe comportarse y les da vergüenza”. Pasa muchas horas jugando a videojuegos y suele pedir dinero para invertir en un juego.

En enero de 2019, la Unidad de Salud Mental de Torre vieja, le diagnostica TDAH, tipo combinado y le prescriben tratamiento farmacológico con Metilfenitato (Concerta), 18mg, una dosis por las mañanas.

Instrumentos

El paciente es evaluado en las áreas cognitiva, para descartar problemas cognitivos como un CI bajo, conductual y emocional, para conocer las posibles dificultades que pueda presentar y poder detectar las conductas que posteriormente se tratarán.

Se realiza una *Entrevista semiestructurada* para recoger información personal, historia familiar, embarazo y parto, problemas de sueño, enfermedades, alergias, alimentación, desarrollo evolutivo, lenguaje, comunicación, relaciones afectivo sociales y escolarización.

Posteriormente se pasan las pruebas para la evaluación cognitiva, conductual y emocional.

➤ Pruebas cognitivas:

WISC- V Escala de inteligencia de Wechsler. (David Wechsler, 2014, adaptación española, 2015), consiste en una prueba estandarizada que evalúa la función cognitiva la capacidad intelectual para aplicarse a niños y adolescentes entre 6 años y 0 meses y los 16 años y 11 meses de edad.

Compuesta por quince pruebas o test; Cubos, Semejanzas, Matrices, Dígitos, Claves, Vocabulario, Búsqueda de símbolos, Información, Letras y números, Cancelación¹, Comprensión, Aritmética, Puzles visuales, Balanzas y Span de dibujos. Proporciona dos tipos de puntuaciones estandarizadas ajustadas por edad: puntuaciones escalares, representan el rendimiento de un niño con respecto a sus pares de la misma edad y puntuaciones compuestas.

➤ Pruebas conductuales y emocionales:

SENA, Evaluación de problemas emocionales y conducta, en niños y adolescentes. (Fernández-Pinto, Santamaría, Sánchez- Sánchez, Carrasco y Del Barrio, 2015). Consiste en una prueba estandarizada que evalúa el conjunto de problemas emocionales y conductuales que pueden observarse entre los 3 y los 18 años de edad. Los problemas evaluados son:

- Problemas interiorizados: depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, obsesión-compulsión y sintomatología postraumática.
- Problemas exteriorizados: hiperactividad e impulsividad, problemas de atención, agresividad, conducta desafiante, problemas de control de la ira, conducta antisocial.
- Problemas contextuales: problemas con la familia, problemas con la escuela y problemas con los compañeros.
- Problemas específicos: retraso en el desarrollo, problemas de la conducta alimentaria, problemas de aprendizaje, esquizotipia y comportamiento inusual.

También permite detectar áreas de vulnerabilidad, como la regulación emocional, la rigidez, el aislamiento, la búsqueda de sensaciones o las dificultades de apego. Y recursos psicológicos que actúan como factores protectores ante diferentes problemas: la autoestima, la integración, la competencia social, inteligencia emocional, disposición al estudio y la conciencia de problemas.

Presenta tres modalidades en función de la edad de la persona evaluada: educación infantil (3-6 años), educación primaria (6-12 años) y educación secundaria (12-18 años), y tres tipos de cuestionarios para cada rango de edad, en función del destinatario, autoinformante, padres y escuela. Las puntuaciones se expresan en puntuaciones T ($M=50$; $DT=10$) y ofrece baremos diferenciados en función de sexo, edad y el tipo de población (general o clínica).

A-EP. Evaluación de la autoestima en educación primaria. (Ramos, R., Giménez, A.I., Muños-Adell, M. A. y Lapaz, E., 2007). Prueba estandarizada para la detección de niños con baja autoestima en edades comprendidas desde los 9 a los 13 años. Las puntuaciones directas son derivadas a percentiles.

Resultados Pre-test

Respecto a los resultados mostrados por el sujeto en el área cognitiva, en la prueba del WISC-V, presenta un índice de capacidad general dentro de la normalidad (102), por lo que se descarta CI bajo. Por otro lado, en lo que respecta al área emocional: las puntuaciones obtenidas en la prueba SENA, evidencian, de la presencia *de problemas generales emocionales*, este índice nos ofrece una visión general de la persona evaluada, desde el punto de vista de la familia obtiene puntuación típica (T) de 76, el colegio de 64, niño 55; puntuaciones T iguales o superiores a 60 se consideran puntuaciones medio- alto. En dicho índice se aprecian *problemas en la regulación emocional*, obteniendo puntuaciones altas, tanto en la familia (T 67), como en el colegio (T 69), así como del menor (T 60), lo que nos informa de poca gestión y reconocimiento emocional, de ahí que refieran explosiones de ira en el menor. Finalmente, en esta área, hay alteraciones en la autoestima, obteniendo puntuación (T 34) que se corresponden con interpretaciones cualitativas bajas (deficitaria). En este índice toda puntuación por debajo de 40 se consideran puntuaciones bajas.

Según la prueba A-EP, cuestionario para la evaluación de autoestima en educación primaria, se observa una puntuación directa 17, percentil 4, lo que nos indica una autoestima muy baja, confirmando los resultados obtenidos en la prueba SENA para esta variable.

En el área conductual: en la prueba SENA, se objetivan *problemas de control de la ira*, obteniendo las siguientes puntuaciones; familia (T 71), colegio (T 62) y paciente (T 61), información concordante con la información proporcionada por la familia, “le llaman muchas veces del colegio porque le ha pegado a otro niño o se ha enfadado tanto que ha insultado en el colegio”. En la *escala de agresión*, se obtienen puntuaciones altas según todos los informantes (familia (T 68), colegio (T 60) y niño (T 61), dato que se verifica con lo anteriormente comentado. En cuanto al *índice de conducta desafiante*, obtiene puntuaciones elevadas tanto en el cuestionario de la familia (T60), como del colegio (T 60),

reflejándose en la negativa a hacer deberes o ciertas actividades que requieran esfuerzos por parte del niño, presentando, además, una *baja disposición al estudio*, que relaciona con las bajas puntuaciones que reporta la familia puntúa (T 25) y el colegio (T 34), ya que se niega a estudiar o hacer deberes, las puntuaciones por debajo de 40 en este índice indican problemas. En el índice de *rigidez*, obtiene puntuaciones altas, tanto en la familia (T 69), como en el colegio (T 67), presentando problemas para adaptarse a cambios y escasa flexibilidad cognitiva.

Recabada toda la información mediante la entrevista, los distintos instrumentos utilizados y analizado el caso, inferimos la existencia de una serie de problemas, en concreto en el área conductual se observa, dificultad en el control de la ira, agresión, conductas desafiantes, problemas de rigidez y poca disposición al estudio; además se evidencian problemas emocionales como una pobre regulación emocional y una autoestima baja.

Según estos datos, la intervención se centró en dichas conductas problema que han de ser objeto de tratamiento; control de la ira, agresión, conducta desafiante, rigidez y la poca disposición al estudio, así como mejorar los déficits emocionales que presentaba el sujeto.

Procedimiento, diseño y aplicación del tratamiento

El presente trabajo cuenta con la aprobación de la Oficina de Evaluación de Proyectos de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Anexo 5), el pertinente consentimiento informado firmado por la familia y por el centro de psicología donde el niño es tratado.

Una vez detectados los problemas a tratar, se diseñó la intervención que se utilizaría para cada uno de ellos, aunque cada técnica implementada está enfocada a un problema específico el beneficio revierte en el resto de áreas problema.

Para el abordaje de los problemas de control de la ira que presenta el paciente, se hizo uso de una serie de materiales como *El Emocionómetro del Doctor Drilo*, este material nos presenta definidas las emociones y alternativas para aprender a gestionarlas, además de materiales de elaboración propia,

fichas con caras expresando diferentes emociones y fichas con diferentes soluciones ante las emociones, con ello se pretendió potenciar el aprendizaje de los procesos subyacentes a las emociones y su regulación. Así mismo, se hizo uso de técnicas de relajación como la de Koeppen, que a través del uso de diversas historietas y bajo dirección del terapeuta pretende enseñar al niño a identificar, tensar y relajar grupos musculares, con el objetivo de instruir al paciente en técnicas para potenciar la relajación y disminuir los síntomas fisiológicos y psicológicos de carácter ansiógeno. También se realizó un entrenamiento a padres en la misma técnica, con el objetivo de poder generalizar el trabajo en casa y, así, reforzar el carácter terapéutico de la técnica. Adicionalmente, se hizo uso de técnicas de modificación de la conducta como la Economía de Fichas, en la cual se fijan conductas diana a modificar y se establecen una serie de recompensas inmediatas (a corto plazo) y demoradas (a medio y largo plazo) con el objetivo de volver deseable aquellas conductas que queremos que se den, y, en última instancia, sustituir aquellas que resultaban menos adaptativas y/o un problema, a través del refuerzo positivo.

Para el abordaje de las conductas desafiantes, una vez más, se hizo uso de la Economía de Fichas. También se utilizó de la técnica de Resolución de problemas, a través de la cual se pretende instruir al menor en el análisis e identificación de situaciones, que implican un riesgo potencial de derivar en comportamientos indeseables, y generar alternativas para mostrar comportamientos deseables y que, en última estancia, supongan evitar las consecuencias indeseables, como un castigo. Así mismo, se aplicó un programa de entrenamiento en habilidades sociales y en asertividad, mediante el programa Fortius (Méndez et al., 2013), el programa comprende 3 bloques, fortaleza emocional, fortaleza conductual y fortaleza cognitiva. Nos centramos en el segundo bloque, en el cual, explica que son las habilidades sociales, asertividad y como ponerlas en práctica con otras personas, además de las explicaciones presenta ejercicios prácticos para reforzar lo aprendido y practicar.

En lo referente a la baja disposición al estudio, de nuevo, se hace uso de la Economía de Fichas, puesto que la motivación pareció ser la piedra angular sobre la que se asienta la mayoría de problemas de carácter académico. Se elaboró una lista de objetivos académicos así como una de premios potencialmente accesibles una vez se daban las condiciones deseables. Además, se instruyó al menor en el uso de autoinstrucciones y facilitándole una lista de autoinstrucciones de carácter visual, las cuales servirían para potenciar ciertos procesos, motivacionales, de planificación y de organización.

Para abordar y tratar los problemas objetivados de rigidez cognitiva, se plantearon ejercicios mentales, mediante situaciones hipotéticas o reales en las cuales había mostrado, anteriormente, un patrón de pensamiento inflexible, caracterizado por la frustración y la agresividad. En este ejercicio se enseñó al paciente a resolver las diversas situaciones, mediante las técnicas de resolución de problemas ya citadas, así como la puesta en marcha del abanico de habilidades sociales y asertivas en las que se le instruyó.

En conjunto, el uso de las técnicas expuestas, con motivo de intervenir sobre las conductas problemáticas, que causaban una alteración y deterioro en los diversos ámbitos expuestos, supuso una mejora de éstas; además, como beneficio terapéutico derivado de la intervención, se observó una mejoría en la percepción subjetiva del paciente sobre sí mismo, objetivándose, una mejoría en su autoestima.

El tratamiento consistió en 24 sesiones, 21 individuales y 3 conjuntas con los padres, realizadas con una frecuencia de 2 sesiones por semana durante 2 meses, con una duración de 45 minutos, a excepción de la primera consulta que tuvo una duración de 60 minutos. Posteriormente pasó a ser 1 sesión por semana, durante dos meses más. Durante las 6 primeras sesiones se recogió información mediante entrevistas, evaluaciones de la esfera cognitiva, emocional y conductual, a partir de la séptima sesión comienza el tratamiento.

Durante la primera sesión se recogió toda la información necesaria referente a los problemas conductuales y emocionales, mediante una entrevista semiestructurada a la familia y además se entregó la prueba SENA para ser rellenada por ellos y por el centro educativo.

En la segunda sesión se llevó a cabo una entrevista al menor y se evaluó con el test SENA, la posible existencia de problemas emocionales y de conducta.

En la tercera y cuarta sesión se le administró el WISC- V, escala de inteligencia de Wechsler.

Durante la quinta sesión se terminó de evaluar con el WISC- V y se realizó la evaluación de la autoestima en educación primaria, AE-P.

En la sexta sesión se entregaron los resultados de las diferentes pruebas a los familiares, resolvieron dudas sobre la patología del niño y se instruyó a los padres en economía de fichas para conseguir reducir las conductas no deseadas y las excesivas horas de juego.

En la séptima sesión, se trabajó con el menor las emociones; reconocimiento y expresión con “El emocionómetro del Inspector Drilo”.

La octava sesión, se centró en el aprendizaje de la relajación para gestionar la ira y el nerviosismo. La técnica de relajación utilizada es la de Koeppen. Se le comentó al niño que debía practicar en casa y se le da explicación también a los padres para que practiquen juntos.

En la novena sesión se repasó lo aprendido en las anteriores sesiones, relajación y emociones; gestión y reconocimiento.

La décima sesión, se utilizó para trabajar la resolución de problemas a partir de diferentes alternativas, como método de conocer otras alternativas y soluciones ante las peleas, el enfado y el nerviosismo.

En la décimo- primera sesión se llevó a cabo una reunión con los padres, se comentó la evolución del menor y se hizo un repaso de las normas establecidas en la tabla de economía de fichas para comentar si es necesario cambiar alguna norma o recompensa.

La décimo- segunda y decimo-tercera sesión, se dedicó a trabajar la resolución de problemas a partir de diferentes alternativas como anteriormente.

Durante la décimo-cuarta sesión, se trabajaron autoinstrucciones, personalizadas (anexo 1,2 Y 3) para poder seguir una planificación para hacer deberes, guardar las cosas en la mochila para el día siguiente y para controlar los nervios en el colegio.

En la décimo-quinta sesión, se llevó a cabo una consulta conjunta con los padres para comprobar la evolución de la conducta del menor y si había habido algún problema en casa o el colegio.

Durante la décimo-sexta y décimo-séptima sesión, se trabaja la comunicación asertiva con los iguales y mayores. Se utiliza para ello el “Programa Fortius” (Méndez et al., 2013).

En décimo-octava y décimo-novena sesión, se siguió trabajando asertividad y habilidades sociales, mediante el Programa Fortius.

En las sesiones vigésima hasta la vigésima-tercera sesión, se realizó una evaluación post-intervención para comprobar si había habido una mejora de las áreas tratadas durante la intervención.

Por último, se tuvo una sesión padres e hijo para comentar la evaluación final donde se objetivó una mejoría respecto a los resultados obtenidos pre-intervención.

Además de todas las sesiones descritas hasta ahora, en relación al ámbito escolar se le facilitó al tutor del menor unas pautas para que ayudara al niño a autogestionarse y que su conducta interfiriera en las clases (Anexo 4), además de instar al tutor a mantener una comunicación fluida y constante con el psicólogo para conocer el funcionamiento del menor y si la conducta mejora mediante las técnicas introducidas en el aula.

TABLA 1. *Resumen de las sesiones de evaluación y tratamiento*

Sesión	Plan de las sesiones	Tareas para casa
1	Entrevista inicial	Sena Familia y Colegio
2	Entrevista menor	
	Evaluación	
3	Evaluación	
4	Evaluación	
5	Evaluación	
6	Resultados	Economía de Fichas
7	Emociones	Economía de Fichas
8	Relajación Koeppen	Economía de Fichas Práctica de relajación
9	Relajación Koeppen Emociones	Práctica de relajación Economía de Fichas
10	Resolución de problemas	Práctica de relajación Economía de Fichas
11	Sesión con los padres	Práctica de relajación Economía de Fichas
12	Resolución de problemas	Práctica de relajación Economía de fichas
13	Resolución de problemas	Práctica de relajación Economía de fichas
14	Autoinstrucciones	Práctica de relajación Economía de fichas Autoinstrucciones

15	Sesión padres	Práctica de relajación Economía de fichas Autoinstrucciones
16	Comunicación asertiva Habilidades sociales	Práctica de relajación Economía de fichas Autoinstrucciones
17	Comunicación asertiva Habilidades sociales	Práctica de relajación Economía de fichas Autoinstrucciones
18	Comunicación asertiva Habilidades sociales	Práctica de relajación Economía de fichas Autoinstrucciones
19	Habilidades sociales Comunicación asertiva Habilidades sociales	Práctica de relajación Economía de fichas Autoinstrucciones
21	Post- Evaluación	Economía de fichas Autoinstrucciones
22	Post- Evaluación	Economía de fichas Autoinstrucciones
23	Post- Evaluación	Autoinstrucciones
24	Resultados	

Resultados

Observando la tabla 1, tras la aplicación de la terapia, observamos mejorías en la gran mayoría de las áreas tratadas tanto emocionales como conductuales, con excepción en la disposición al estudio y la rigidez.

TABLA 1: Puntuaciones Sena

	Familia		Colegio		Autoinforme	
Escala de control	Normal		Normal		Normal	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
Índice global problemas	76	56	64	56	55	55
Índice problemas emocionales	65	55	71	55	60	50
Índice problemas conductuales	71	58	71	58	61	50
Índice problemas FFEE	67	66	67	66	65	64
Índice problemas RRPP	48	44	40	45	38	45
Escala problemas						
Problemas interiorizados						
Depresión	49	41	45	43	45	43
Ansiedad	53	51	51	50	46	46
Ansiedad social	40	40	40	40	42	42
Quejas somáticas	41	41	54	50	44	45
• Problemas exteriorizados						
Problemas de atención	71	70	64	62	63	63
Hiperactividad-Impulsividad	78	75	64	62	69	67
Problemas control de la ira	71	54	62	55	61	55
Agresión	68	52	54	54	61	50
Conducta desafiante	60	55	58	53	56	50
• Otros problemas						
Problemas de aprendizaje	X	X	50	50	X	X
Comportamiento inusual	58	56	58	55	X	X
• Problemas contextuales						
Problemas familiares	X	X	X	X	54	54
Problemas escuela	X	X	X	X	56	50
Problemas con compañeros	X	X	X	X	56	54
Escala de vulnerabilidad						
Rigidez	69	68	67	67	X	X
Problemas regulación emocional	67	57	69	58	60	51
Aislamiento	41	45	56	53	X	X
Escala de recursos personales						
Integración y competencia social	46	45	42	46	50	50
Inteligencia emocional	45	45	47	50	X	X
Disposición al estudio	25	28	34	34	X	X
Autoestima	X	X	X	X	34	50

Siguiendo con los resultados post-test, los problemas emocionales detectados; regulación emocional y autoestima, se objetiva en la presente tabla 2, como las puntuaciones se sitúan dentro de la normalidad, indicando una mejoría en dichas problemáticas.

Tabla 2:	Familia		Colegio		Autoinforme	
Escala de control	Normal		Normal		Normal	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
Índice problemas emocionales	65	55	71	55	60	50
Problemas regulación emocional	67	57	69	58	60	51
Autoestima	X	X	X	X	34	45

Por consiguiente, si seguimos observando la tabla 3, se evidencia una mejoría en los problemas conductuales control de la ira, agresión, conductas desafiantes. Aun así, el paciente no tuvo una mejoría en la disposición al estudio, ya que sigue necesitando reforzadores y repetición de la orden para que haga los deberes o estudie y muy poco en la rigidez, dado que muchas veces no consigue cambiar los pensamientos por otros más eficaces.

Tabla 3:	Familia		Colegio		Autoinforme	
Escala de control	Normal		Normal		Normal	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
Índice problemas conductuales	71	58	71	58	61	50
Agresión	68	55	60	57	61	50
Conducta desafiante	60	55	63	53	56	50
Disposición al estudio	25	28	34	34	X	X
Rigidez	69	68	67	67	X	X

Discusión y conclusiones.

Los objetivos de la intervención establecidos fueron; disminuir conductas disruptivas, mejorar los problemas emocionales, proporcionar herramientas que le permitan aumentar la probabilidad de resolver situaciones problemáticas, establecer una buena comunicación con familiares, profesores e iguales y la instrucción en técnicas de planificación, podemos afirmar que el paciente fue mejorando progresivamente desde el inicio del tratamiento, progresando en las conductas disruptivas; controlando las explosiones de ira y mejorando la planificación de actividades gracias al trabajo con

autoinstrucciones. Todo esto de manera indirecta favoreció que aumentara la autoestima del paciente y se sintiera mejor consigo mismo.

En el presente trabajo se han obtenido resultados como los hallados en otros estudios en los cuales se ha empleado técnicas de manejo conductual, los cuales muestran una reducción de los síntomas de TDAH (Gimenez-García, 2014; Ferrin, et al. (2016), Ramírez- Pérez (2017)) en el ámbito familiar como escolar. Del mismo modo, el grupo de Catalá-López et al. (2017), a través de 48 ensayos sobre la intervención psicológica en casos con TDAH, señalan la importancia en la mejoría de la sintomatología base en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad a través de su abordaje mediante técnicas cognitivo-conductuales.

Finalmente, un factor que se ha mostrado relevante a la hora de elaborar y ejecutar el presente programa de intervención, ha sido la coordinación entre los diversos profesionales (psicólogo y profesores) en conjunto con la familia, lo cual ha sido clave en el éxito terapéutico. Por otro lado, como limitaciones encontradas, encontramos la baja disposición al estudio en el menor; esto, como señalan DuPaul y Stoner (2014) y el grupo de Martínez-Frutos et al. (2014), supondría un factor limitante en la mejoría, a través de programas que incluyen técnicas de estudio, del rendimiento académico en este tipo de pacientes. La rigidez que presenta el niño dada la dificultad para cambiar algunos pensamientos desadaptativos y no darse cuenta de otras soluciones más beneficiarias, complicando el diálogo con él y la resolución de problemas.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª edición). (DSM- V). Washington, D. C.: Autor.
- L. Abad-Mas, R. Ruiz-Andrés, F. Moreno-Madrid, R. Herrero-Lladró, E. Suay-Nicolás (2013). Intervención psicopedagógica en el Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 57(S1): S193-S203.
- Arco, J.L., Fernández, F.D. e Hinojo, F.J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16(3), 408-414.
- Barkley, R. A. (2011). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Madrid: Paidós.
- Bul, K. C., Franken, I. H., Van der Oord, S., Kato, P. M., Danckaerts, M., Vreeke, L. J., y Maras, A. (2015). Development and user satisfaction of “Plan-It Commander,” a serious game for children with ADHD. *Games for health journal*, 4(6), 502-512.
- Chhabildas, N., Pennington, B. F., & Willcutt, E. G. (2001). A Comparison of the neuropsychological profiles of the DSM-IV subtypes of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 529-540. <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1012281226028>
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Mayhew, A. D., Page, M. J., Ridao, M., y Moher, D. (2015). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: protocol for a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Systematic Reviews*, 4(19), 1-10.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Génova- Maleras, R. y Catalá, M. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-168>

- Cardo, E., Servera, M. & Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44(1):10-14.
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Holtmann, M., Aggensteiner, P., Daley, D. et al. (2016). Neurofeedback for attention deficit/ hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(6), 444-455.
- DuPaul, G.J. y Stoner, G.D. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press
- Ek, U., Westerlund, J. & Fernell, E. (2013). General versus executive cognitive ability in pupils with ADHD and with milder attention problems. *Neuropsychiatric Disease* 9:163-168.
- Farré, A. y Narbona, J. (1998). *Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, EDAH*. TEA.
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayorales, DM., Fernández-Perrone, AL., Calleja-Pérez, B., Albert, J., López-Martín, S. y López-Arribas, S. (2016). Disfunción en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: evaluación y respuesta al tratamiento. *Revista de Neurología*, 62(1), 79-84.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M.A. y del Barrio, V. (2015) *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: Manual de Aplicación, corrección e interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Giménez-García, L. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1, 79-88.
- Golden CJ. *Test de colores y palabras (Stroop)* (2005). Madrid: TEA Ediciones.

- Hoza, B., Gerdes, A.C., Mrug, S., Hinshaw, S.P., Bukowski, W.M., Gold, J.A., et al. (2005). Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Adolescent Psychology*, 34, 74-86.
- Hughes, J. N. (1988). *Cognitive behavioral therapy with children in schools*. New York: Pergamon Press.
- J. D'Zurilla Thomas, M. Nezu Arthur. (1999). *Problem-Solving Therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Springer, Nueva York.
- Koeppen, A. S. (1993). *Relaxation training for children*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Macia, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Labrador, Francisco J.; Cruzado, Juan Antonio; Muñoz, Manuel. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Psicología Pirámide; 2008.
- Loro-Lopez, M., Quintero, J., Garcia-Campos, N., Jimenez-Gomez, B., Pando, F., Valera-Casal, P., Campos, J. A. y Correias-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología*, 49, 275-264.
- Martel, M., Nikolas, M., & Nigg, J. T. (2007). Executive function in adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1437-1444 [https://doi:10.1097/chi.0b013e31814cf953](https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31814cf953)
- Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E., y López-Ortuno, J. (2014). *Conocimientos y lagunas de los docentes sobre el TDAH: la importancia de la formación. Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades.
- Méndez, F. X., Llavona, L. M., Espada, J. P., y Orgilés, M. (2013). *Programa FORTIUS: fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales*. Madrid: Pirámide.

- Parker, J., Zaboski, B., & Joyce-Beaulieu, D. (2016). School-Based Cognitive-Behavioral Therapy for an Adolescent Presenting with ADHD and Explosive Anger: a Case Study. *Contemp School Psychol.* 20(4), 356-369. <https://doi.org/10.1007/s40688-016-0093-y>.
- Pérez, M., Molina, D. y Gómez, M. (2016). La intervención neuropsicológica en el tratamiento interdisciplinario del TDAH. *Neuropsicología clínica*, 1 (2), 14 – 29.
https://www.researchgate.net/publication/311574474_La_Intervencion_Neuropsicologica_en_el_Tratamiento_Interdisciplinar_para_el_TDAH
- Pfiffner, LJ, Hinshaw, SP, Owens, EB, Zalecki, C, Kaiser, NM, Villodas, M, & McBurnett, K (2014). A two-site randomized clinical trial of integrated psychosocial treatment for ADHD-inattentive type. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <http://doi.org/10.1037/a0036887>
- Polanczyk G, Silva M, Lessa B, Biederman J, Rohde LA. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analyses. *Am J Psychiatry*. 164:942-8
- Posner, J., Polanczyk, G. V. y Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* (London, England), 395(10222), 450– 462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- Ramalho, J., García-Señorán, M. M., & González, S. G. (2011). Auto-instruções: estratégia de regulação atencional da THDA. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(1), 180-185.
- Raggi, V.L., y Chronis, A.M. (2006). Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clinical Child Pharmacology and Psychology*, 9, 85-111.
- Ramírez Pérez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2(1), 45-54. <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147185006.pdf>

Rubiales, J., Bakker, L., & Urquijo, S. (2010). Inhibición cognitiva y motora en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56(2), 75-82. <http://www.acta.org.ar/04WebForms/frmResumen.aspx?IdArticulo=164&Abonado=>

Schoemaker, K., Bunte, T., Wiebe, S. A., Espy, K. A., Deković, M., y Matthys, W. (2012). Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(2), 111-119. [http://doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02468.x](http://doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02468.x)

Semrud-Clikeman, M., Walkowiak, J., Wilkinson, A., & Butcher, B. (2010). Executive functioning in children with Asperger syndrome, ADHD-combined type, ADHD predominately inattentive type, and controls. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 1017-1027. [http://doi: 10.1007/s10803-010-0951-9](http://doi:10.1007/s10803-010-0951-9)

Smitha, V., Dennis, D., Varghese, P. & Vinayan, K. (2014). Cognitive profile of children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Amrita Journal of Medicine*, 10(1):1-44

Spencer T, Biederman J. & Mick E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6):631-642.

Swanson, J.M., Arnold, L.E., Kraemer, H, Hechtman, L., Molina, B., Hinshaw, S., et al. (2008). *Evidence, interpretation and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA)*.

Teicher, M.H., Anderson, C.M. y Polcari, A. (2000). Functional deficits in children with attention deficit hyperactivity disorder shown with functional magnetic resonance imaging relaxometry. *Nature Medicine*, 6, 470-474.

Vélez-van-Meerbeke, A., Zamora, I. P., Guzmán, G., Figueroa, B., Cabra, C. L., & Talero- Gutiérrez, C. (2013). Evaluación de la función ejecutiva en una población escolar con síntomas de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 28(6), 348-355. [http://doi: 10.1016/j.nrl.2012.06.011](http://doi:10.1016/j.nrl.2012.06.011)


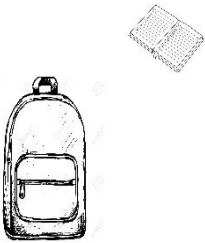


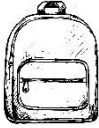

Willcutt, E. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. [https://doi.org/ 10.1007/s13311- 012-0135-8](https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8)




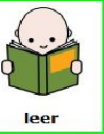

ANEXO 1:

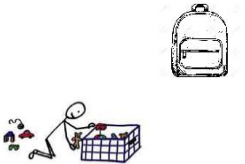

ME CONTROLO EN EL COLEGIO	
	<p>CUENTO HASTA DIEZ: UNO... DOS...TRES...CUATRO...CINCO...SEIS...SIETE...OCHO...NUEVE...DIEZ</p>
	<p>ME VOY A OTRO LUGAR PARA RELAJARME...</p>
	<p>SALGO A BEBER AGUA Y MOJARME LA CARA... INTENTO CALMARME POR EL CAMINO</p>
	<p>PARA.... PIENSA.... ACTUA...</p>
	<p>COJO AIRE.... AGUANTO EL AIRE 3 SEGUNDOS...SUELTO EL AIRE POQUITO A POCO...</p>
	<p>SI ME MOLESTAN MUCHO O INSULTAN DECIRSELO A UN ADULTO</p>
	<p>REPITO PARA MI: ME RELAJO, ME TRANQUILIZO Y CON ELLO YO PUEDO</p>

ANEXO 2:

PREPARO MI MOCHILA	
	BUSCO LA MOCHILA Y CUANDO LA ENCUENTRO LA COJO
	ABRO LA MOCHILA Y MIRO EN LA AGENDA QUE ME TOCA MAÑANA
	GUARDO LIBROS Y LIBRETAS QUE NECESITO EN LA MOCHILA
	GUARDO LA AGENDA
	CIERRO LA MOCHILA
	DEJO LA MOCHILA EN SU SITO

ANEXO 3:

PREPARO MIS DEBERES	
	MIRO LA AGENDA PARA VER QUE TENGO QUE HACER HOY
	PREPARO TODO EL MATERIAL QUE NECESITO: LIBROS, LIBRETAS, BOLIGRAFOS, LÁPICES...
	REPASO LO QUE HEMOS DADO EN CLASE
	LEO EL ENUNCIADO
	SI NECESITO AYUDA SE LO DIGO A MIS PADRES
	SI NO NECESITO AYUDA PUEDO SEGUIR
	ME FIJO EN LO QUE ME PIDEN Y RESPONDO
	HAGO BUENA LETRA Y SIN MANCHAS EN LAS HOJAS
	REPASO LA TAREA

	<p>RECOJO LO QUE HE UTILIZADO. PREPARO MOCHILA PARA MAÑANA</p>
	<p>¡YA HE TERMINADO! PUEDO JUGAR</p>



ANEXO 4:

PAUTAS FAVORECER CLIMA ALUMNOS/AS TDAH

Modificación del entorno:

1. Colocar alumno cerca del profesor y con un compañero que pueda ser modelo de comportamiento y motivador para él.
2. Pocos adornos en su zona de trabajo.
3. Sentar al niño lejos de otros que distraigan.
4. Supervisar con frecuencia.

Modificaciones curriculares:

1. Las tareas no requerirán más de 30 minutos de trabajo, alternándolas según su dificultad.
2. Tareas en grupo, que sean pequeños de entre 3 y 6 niños.
3. Dar información verbal y visual simultáneamente.
4. Utilizar señales para resaltar los aspectos más importantes; asteriscos, subrayado...
5. Permitir el uso de apoyos materiales; abecedario, esquemas, normas ortográficas, autoinstrucciones, tablas de multiplicar...
6. Más tiempo en los exámenes y en la ejecución de los ejercicios.
5. Apuntar los deberes en la pizarra para que pueda apuntarlos en la agenda.

Problemas de conducta y alternativas para controlarlas:

1. Reforzar buena conducta.
2. Ignorar conductas inadecuadas (movimientos, ruiditos...)
3. Permitirle vías de escape para aliviar la tensión física (ir a beber agua, ir a por tiza a otra clase, borrar la pizarra...)
4. Recordar cómo debe calmarse: respiración y relajación.
5. Prever los momentos en lo que sabemos que pierde fácilmente el control.
6. Si pierde totalmente el control, sacarlo de clase.
7. No enfrentarse a él.
8. Recordar normas de clase y consecuencias si no se cumplen.

ANEXO 5:

INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 13 de abril del 2021

Nombre del tutor/a	OLGA PELLICER PORCAR
Nombre del alumno/a	BARBARA ANTON HADDU
Tipo de actividad	10. Realización de una intervención en humanos: física (si es para tomar muestras seleccione la opción 9) o psíquica sobre ellos
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	EVALUACION E INTERVENCION EN UN CASO DE TDAH
Código/s GIS estancias	-
Evaluación Riesgos Laborales	Conforme (Autodeclaración)
Evaluación Ética	Favorable
Registro provisional	210406111952
Código de Investigación Responsable	TFM.MPG.OPP.BAH.210406
Caducidad	2 años

Una vez atendidas las observaciones/condiciones mencionadas en el informe adjunto del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, en caso de que las hubiera, se considera que el presente proyecto/contrato/prestación de servicios carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones y, por tanto, es conforme.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: EVALUACION E INTERVENCIÓN EN UN CASO DE TDAH ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)" y "Condiciones de prevención de riesgos laborales" (si procede). Es importante destacar que si la información aportada en dichos formularios no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>

